

Relatório Técnico

Ênfase comportamental na saúde materno-Infantil:

Focalizando o comportamento das pessoas que cuidam de crianças (pais e encarregados da educação) para o desenvolvimento de programas de saúde materno-infantil nas comunidades

By

John Murray

Gabriella News Adeyi

Judith Graeff

Rebecca Fields

Mark Rasmuson

René Salgado

Tina Sanghvi

BASICS

Ênfase comportamental na saúde materno-Infantil:

**Focalizando o comportamen to das pessoas que
cuidam de crianças (pais e encarregados da
educação) para o desenvolvimento de programas
de saúde materno-infantil nas comunidades**

By

John Murray

Gabriella News Adeyi

Judith Graeff

Rebecca Fields

Mark Rasmuson

René Salgado

Tina Sanghvi



BASICS

BASICS é financiado pelo Serviço de Saúde e Nutrição do Departamento de Programas Globais, Apoio de Campo e Investigações da Agência de Desenvolvimento Internacional dos Estados Unidos (USAID). É realizado pela Partnership for Child Health Care, Inc., (contrato n/ HRN-6006-C-00-3031-00). Os parceiros são a Academy for Educational Development, John Snow, Inc. e Management Sciences for Health. Os subcontratantes são o Serviço de Programas Internacionais da Clark Atlanta University, Emory University, Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Johns Hopkins University, Porter/Novell e Programa de Tecnologia Apropriada à Saúde.

Este documento não representa os pontos de vista nem as opiniões da USAID. Poderá ser reproduzido atribuindo-se crédito à BASICS.

Resumo

Uma equipa multidisciplinar de especialistas médicos e em ciências do comportamento elaborou uma lista de 16 comportamentos enfáticos que, se aplicada pelos auxiliares de saúde, poderia melhorar a saúde materno-infantil nas comunidades. Entre os critérios para identificar os comportamentos enfáticos figuram o seu impacto sobre várias áreas de doenças, relação comprovada entre mortalidade e morbidade, impacto sobre os problemas de saúde pública mais importantes nos países em desenvolvimento, mensuração, viabilidade e eficiência de custo. Os comportamentos principais enquadram-se em cinco categorias: 1. práticas de saúde reprodutiva; 2. práticas de alimentação pueril e infantil; 3. práticas de imunização; 4. Práticas de saúde domiciliárias; e 5. práticas de busca de cuidados da saúde. Sugeriu-se que os gestores da saúde escolhessem os comportamentos enfáticos a serem focalizados nos seus programas fazendo uma revisão de dados comunitários existentes. Após esse processo de selecção, poderão formular e implementar estratégias apropriadas à situação local, bem como acompanhar e avaliar os resultados.

Citação recomendada

Murray, John, Gabriella Newes Adeyi, Judith Graeff, Rebecca Fields, Mark Rasmuson, René Salgado, Tina Sanghvi. 1997. *Ênfase comportamental na saúde materno-infantil: focalizando o comportamento das pessoas que cuidam de crianças (pais e encarregados da educação) para o desenvolvimento de programas de saúde materno-infantil nas comunidades*. Publicado para a Agência de Desenvolvimento Internacional dos Estados Unidos pelo Projeto Apoio Básico para a Institucionalização da Sobrevivência Infantil (BASICS). Arlington, Va.

Catálogo de dados em publicação

Murray, John.

Ênfase comportamental na saúde materno-infantil: focalizando o comportamento das pessoas que cuidam de crianças (pais e encarregados da educação) para o desenvolvimento de programas de saúde materno-infantil nas comunidades /de John Murray ... [et al.] — Arlington, Va. : BASICS, 1997.

viii, 14 p., ca. 24 ; 28 cm.

1. Child Health Services—Developing countries. 2. Behavior Modification—Developing countries. I. Newes Ayedi, Gabriella. II. Graeff, Judith. III. Fields, Rebecca. IV. Rasmuson, Mark. V. Salgado, René. VI. Sanghvi, Tina. VII. BASICS Project. VIII. Title.



RJ103.D44M981e 1997

Basic Support for Institutionalizing Child Survival
1600 Wilson Blvd., Suite 300
Arlington, VA 22209 USA

Índice

Lista de figuras e tabelas	iv
Siglas	v
Sumário executivo	vii
1. Caminho da sobrevivência: reconhecimento da importância da família	1
2. Comportamento enfatizado: priorização do comportamento familiar para o desenvolvimento de programas de saúde pública	3
3. Critérios de selecção do comportamento enfatizado	5
4. Uso do comportamento enfatizado para o desenvolvimento de programas de cuidados de saúde primários	9
Priorização do comportamento enfatizado	9
Desenvolvimento de estratégias que visam atingir o comportamento alvo	11
Monitorização e avaliação de programas de mudança de comportamento	14

Anexos:

Anexo A: Fundamentação técnica do comportamento enfatizado

Anexo B: Ficha de trabalho para a priorização do comportamento enfatizado

Anexo C: Escala de análise comportamental

Anexo D: Guiões de recurso na recolha de informações

Anexo E: Referências

Lista de figuras e tabelas

Figura 1.	Caminho da sobrevivência	2
Figura 2.	Distribuição de 12.2 milhões de óbitos de crianças menores de 5 anos em todos os países em desenvolvimento	3
Tabela 1.	Comportamento enfatizado	6
Tabela 2.	Questões chave para a adaptação do comportamento enfatizado	14

Siglas

IRA	Infecção Respiratória Aguda
BASICS	Apoio Básico para a Institucionalização da Sobrevivência Infantil
CDC	Centros dos EUA para o Controle e Prevenção de Doenças
PCF	Proporção de Casos Fatais
ACS	Agente Comunitário de Saúde
IDS	Inquérito Demográfico e de Saúde
PAV	Programa Alargado de Vacinação
RMI	Rede Mosquiteira Impregnada
CAP	Conhecimento, Atitude e Prática
MISAU	Ministério da Saúde
OVP	Oportunidades de Vacinação Perdidas
ONG	Organização Não-Governamental
SRO	Sais de Reidratação Oral
PT	Parteira Tradicional
VAT	Vacina Anti-Tetânica
USAID	Agência dos EUA para o Desenvolvimento Internacional
OMS	Organização Mundial da Saúde

Sumário executivo

Para se obter o impacto mensurável da morbi-mortalidade infantil nos países em desenvolvimento, os programas de saúde pública devem focalizar no comportamento sanitário, especialmente o das pessoas que cuidam das crianças (pais e encarregados da educação). Muitos programas de saúde pública são focalizados em unidades sanitárias. Se bem que as unidades sanitárias desempenham um papel importante na prestação de cuidados de saúde primários, estes programas necessitam de transcender a unidade sanitária para aumentarem o impacto na saúde da criança.

O Caminho da Sobrevivência constitui um modelo de conceitos desenvolvido pelo Projecto de Apoio Básico para a Institucionalização da Sobrevivência Infantil (BASICS), Centro dos EUA para o Controle e Prevenção de Doenças (CDC) e a Agência dos EUA para o Desenvolvimento Internacional (USAID). O referido modelo pode servir de instrumento para o desenvolvimento e a Monitorização de programas integrados de saúde infantil. O mesmo destaca a necessidade de se focalizar uma série de comportamentos ao nível familiar para se obter a redução da morbi-mortalidade infantil e de crianças menores de 5 anos. Actualmente existem dados fiáveis em vários países em desenvolvimento que sugerem que cerca de 70% da mortalidade infantil é resultante dos cinco grandes problemas de saúde: doenças diarreicas, infecções respiratórias agudas (IRA), malnutrição, malária e sarampo. Dado o facto de as crianças geralmente padecerem simultaneamente de várias doenças, tratar apenas uma delas poderá não evitar a sua morte, pelas outras ocultas. Assim, os programas devem focalizar em todas as cinco causas principais da morbidade e mortalidade.

O conceito de enfatizar o comportamento foi desenvolvido para programas de saúde pública que visam melhorar a saúde infantil nas comunidades através de mudança de comportamento dos pais e encarregados de educação que, muitas vezes, não possuem recursos para a realização de estudos extensivos ou implementação de programas alargados e complexos. Uma lista de dezasseis tipos de comportamentos foi definida por uma equipa multidisciplinar constituída por médicos e especialistas em comportamento. Mais adiante apresentar-se-á uma descrição mais detalhada. Os referidos comportamentos foram seleccionados com base nos seguintes critérios: importância na saúde pública através do impacto em zonas com várias doenças, relação comprovada com a morbidade e mortalidade, impacto nos problemas de saúde pública mais importantes nos países em desenvolvimento, mensurabilidade, susceptibilidade de mudança através de programas de saúde pública, custo-eficácia.

A forma como será abordado neste documento o processo de aplicação do modelo de enfatizar o comportamento para a planificação de programas verticais, carece de três passos:

- Primeiro, os educadores em saúde devem seleccionar dos dezasseis tipos de comportamentos, os que pretendem focalizar no seu programa. Isso pode ser efectuado, passando em revista dados existentes, da comunidade, sobre os conhecimentos dos pais e encarregados de educação, as atitudes, práticas e as taxas de cobertura de vacinação e ainda investigando a viabilidade de implementação de um programa comunitário.

Ênfase comportamental na saúde materno-infantil

- Segundo, é necessário desenvolver estratégias apropriadas para o contexto local no sentido de atingir este subconjunto de comportamentos. Este processo envolve: (i) identificação de aspectos locais específicos do comportamento a focalizar, (ii) identificação do grupo alvo, (iii) desenvolvimento de estratégias que visam alterar o comportamento enfatizado do grupo alvo, e (iv) identificação de canais apropriados para a transmissão da mensagem e desenvolvimento das mensagens e do material.
- Terceiro, exige-se um plano de monitorização e avaliação. O subconjunto de comportamentos seleccionados pelos programas comunitários poderá constituir a base dos objectivos a atingir e indicadores do programa.

Acima de tudo, pretende-se uma metodologia que focaliza um determinado número de comportamentos dos pais e encarregados de educação que permita aos educadores e planificadores de saúde, ao nível local, desenvolver programas custo-efectivos nas comunidades.

1. O Caminho da sobrevivência: reconhecimento da importância da família

Para se obter um impacto mensurável da morbi-mortalidade infantil nos países em desenvolvimento, os programas de saúde pública devem focalizar no comportamento sanitário, em especial o dos pais e encarregados de educação. Muitos programas de saúde pública baseiam-se em infraestruturas, na medida em que estas proporcionam uma estrutura organizada, um sistema reconhecível com trabalhadores de saúde formados. Contudo, as unidades sanitárias geralmente atendem apenas a uma pequena porção de crianças doentes de uma determinada comunidade e são portanto incapazes de imprimir um impacto na saúde infantil global nomeadamente em morbilidade e mortalidade. Para se imprimir um impacto maior na saúde infantil, os programas devem melhorar os cuidados às crianças nos seus lares, pelos pais e encarregados de educação e pelas famílias. Se bem que as infraestruturas sanitárias sempre desempenharão um papel crucial na prestação de cuidados de saúde primários, os programas necessitam de transcender a unidade sanitária. O Projecto Apoio Básico para a Institucionalização da Sobrevivência Infantil (BASICS), Centro dos EUA para o Controle e Prevenção de Doenças (CDC) e a Agência dos EUA para o Desenvolvimento Internacional (USAID) desenvolveram um modelo de conceitos, designado por Caminho da Sobrevivência que serve de instrumento para o desenvolvimento e monitorização de programas integrados de saúde infantil. Este modelo (vide Figura 1) delinea os passos chave a partir do estado saudável da criança, início do desenvolvimento da doença e depois a sobrevivência à doença (Waldman et al. 1996). Uma componente significativa do Caminho ocorre ao nível do lar e da comunidade. No lar, os seguintes pontos chave têm efeito na qualidade do cuidado de saúde prestado às crianças:

- **Prevenção da doença a crianças saudáveis:** várias foram as estratégias já comprovadas para evitar doenças infantis, incluindo a amamentação, práticas apropriadas de alimentação suplementar, práticas de higiene básica (lavagem das mãos) e vacinação completa nos primeiros anos de vida da criança. Retardar a primeira gravidez, espaçar os nascimentos e limitar o número de crianças já comprovaram reduzir a probabilidade da mortalidade infantil e de menores de cinco anos.
- **Reconhecimento da doença nas crianças:** Para a atenção apropriada de crianças doentes, os pais ou encarregados de educação devem ser capazes de reconhecer quando a criança estiver doente.
- **Procura de serviços de saúde numa unidade sanitária apropriada:** quando necessário, os pais e encarregados de educação, devem procurar uma unidade sanitária apropriada (que prestará cuidados de qualidade) antes da criança estar gravemente doente e em alto risco de morte. Os trabalhadores de saúde devem prestar cuidados de qualidade, incluindo dar instruções aos pais ou encarregados de educação sobre a administração dos medicamentos e quando devem regressar à unidade sanitária para o controle.

Ênfase comportamental na saúde materno-infantil

- Prestação de cuidados de qualidade ,dentro do lar, às crianças doentes :** os pais ou encarregados de educação devem ser capazes de cuidar correctamente as suas crianças dentro do lar, quer tenham procurado os serviços de saúde numa unidade sanitária quer não. Por exemplo, os pais ou encarregados de educação devem ser capazes de administrar correctamente os medicamentos e sais de reidratação oral e dar líquidos e alimentos adequadamente quer durante quer depois do período da doença.

O Caminho da Sobrevivência (ver abaixo) destaca a necessidade de focalizar uma série de comportamentos familiares de forma a imprimir um impacto na morbilidade e mortalidade infantil. Dados preliminares da Bolívia, por exemplo, indicam que apenas 40% dos pais e encarregados de educação de crianças doentes reconhecem quando estas estão doentes, e apenas 1% destes cuidam as suas crianças adequadamente nos seus lares, (Aguilar-Liendo et al.1997). Para melhorar quer a prevenção quer os cuidados às doenças infantis no lar, o comportamento dos pais, encarregados de educação e famílias responsáveis por crianças menores deve ser mudado.

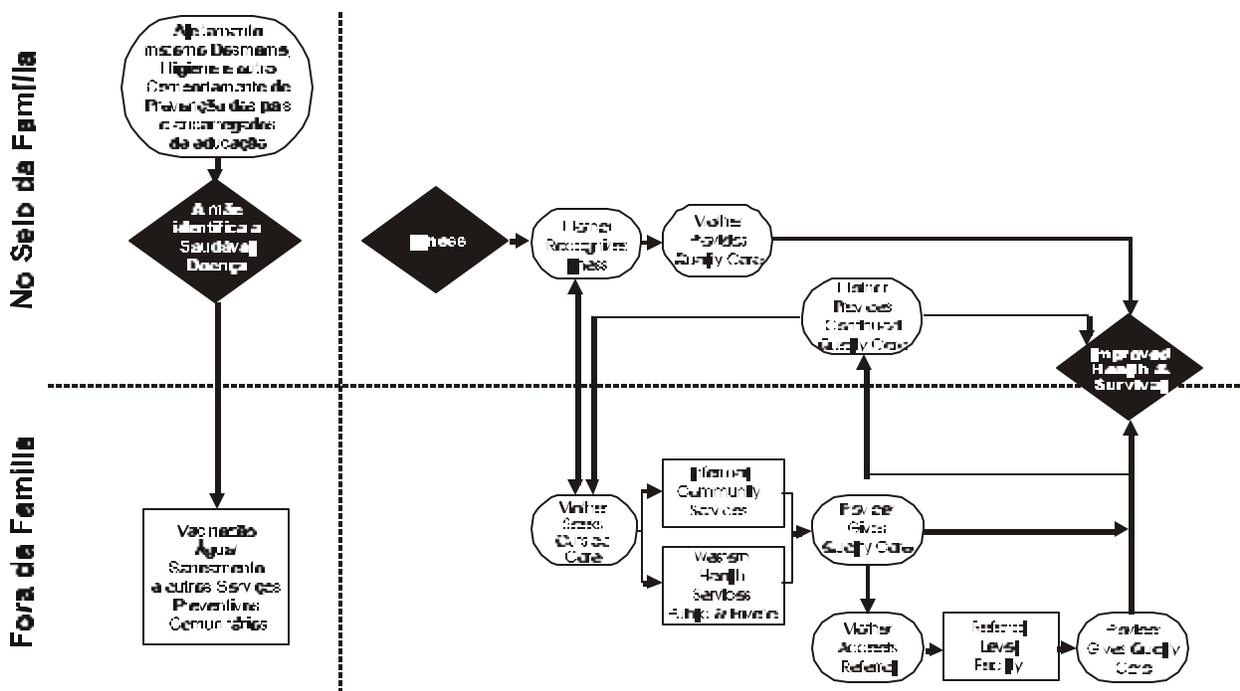
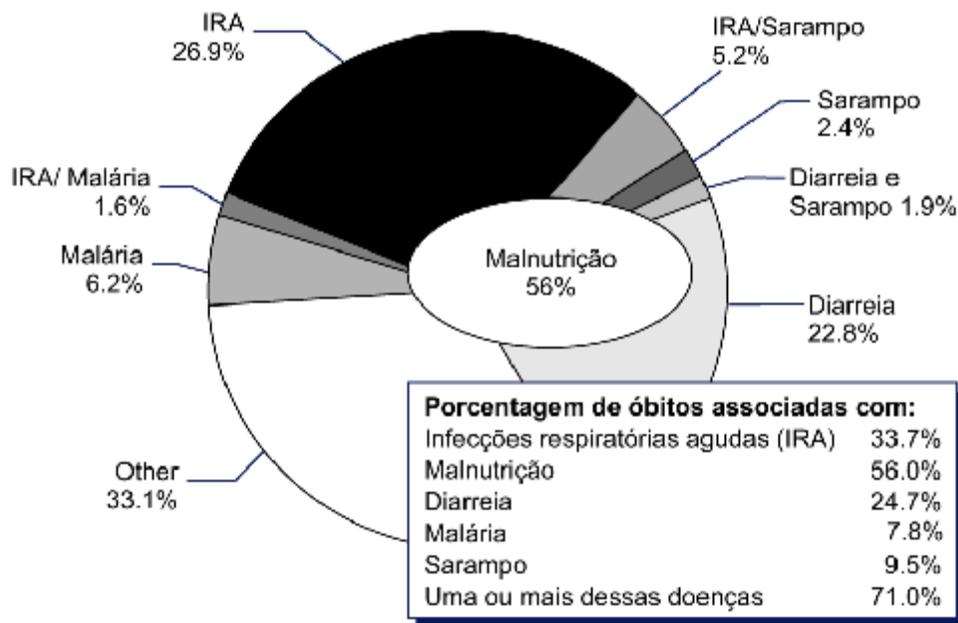


Figura 1. Caminho da sobrevivência

2. Ênfase comportamental: Priorização do comportamento familiar para o desenvolvimento de programas de saúde pública

Actualmente existem dados fiáveis colectados em vários países em desenvolvimento que indicam que cerca de 70% da mortalidade infantil é resultante de cinco grandes endemias: doenças diarréicas, infecções respiratórias agudas (IRA), malnutrição, malária e sarampo (vide Figura 2). Evidências indicam que as crianças geralmente padecem si multaneamente de várias doenças; a atenção a uma delas poderá não evitar a morte causada por outras doenças ocultas. Adicionalmente, existem provas suficientes que indicam que a malnutrição, mesmo ligeira, poderá agravar a probabilidade de morte por uma série de diferentes doenças (Pelletier et al. 1993, 1995). Com vista a melhorar a saúde infantil nos países em desenvolvimento é portanto necessário que os programas focalizem nestas cinco principais causas da morbilidade e mortalidade, incluindo simultaneamente a malnutrição.

Figura 2. Distribuição de 12.2 milhões de óbitos de crianças menores de 5 anos em todos os países em desenvolvimento, 1993



Fonte: Organização Mundial da Saúde

Na elaboração de metodologia de mudança de comportamento de saúde dos pais ou encarregados de educação, três abordagens importantes são tomadas em consideração. A primeira consiste em questionar-se se a mudança de comportamento irá ou não eventualmente ter impacto na morbi-mortalidade infantil. Existem dados epidemiológicos fiáveis colhidos de vários países em desenvolvimento que já permitem identificar comportamentos de pais e encarregados de educação que podem desempenhar um papel importante na saúde infantil. A segunda consideração é da viabilidade de mudança de um determinado comportamento na prática; alguns comportamentos já provaram ser difíceis de mudar, outros podem ser mudados em curto espaço de tempo mas são insustentáveis. Experiências pragmáticas em vários locais permitiram identificar tais comportamentos que poderão ser mais difíceis de alterar que os outros. A terceira abordagem prende-se com os recursos disponíveis para as actividades dos programas, na família e na comunidade. Os Governos, comunidades e famílias possuem recursos limitados e assim, os programas devem desenvolver todo o esforço no sentido de maximizar o impacto de todo o dinheiro gasto. As intervenções comportamentais devem esforçar-se em ser custo-efectivas, maximizando os resultados com os recursos disponíveis.

O conceito de comportamento enfatizado foi desenvolvido para programas de saúde pública que visam melhorar a saúde infantil na comunidade através de mudança de comportamento dos pais e encarregados de educação. Estes programas não possuem recursos para a realização de estudos extensos ou implementação de programas amplos e complexos. Comportamento enfatizado (ver o Quadro 1) é constituído por um conjunto de comportamentos dos pais ou encarregados de educação que já provaram ter um impacto na saúde pública e que podem ser mudados de uma forma relativamente custo-efectivos.

Quadro 1 Terminologia

Comportamento: uma acção ou conjunto de acções que um indivíduo efectua num determinado período de tempo.

Comportamento enfatizado: um comportamento que deve ser realçado através de intervenções programáticas devido ao seu impacto na saúde pública, a sua mensurabilidade e viabilidade de forma a ser realizado pelos os pais e encarregados de educação e/ou trabalhadores da Saúde.

3. Critérios de selecção do comportamento enfatizado

Uma equipa multidisciplinar constituída por médicos e especialistas em comportamento elaborou uma lista de comportamentos enfatizados desenvolvendo e considerando cinco critérios. O comportamento enfatizado deve:

- ter relevância na saúde pública na sua globalidade através do impacto em zonas com várias doenças,
- ter sido devidamente documentado de forma a reduzir a morbi-mortalidade infantil,
- ter impacto nos problemas de saúde mais relevantes dos países em desenvolvimento,
- ser mensurável,
- ser mutável por intervenções de saúde pública já comprovadas como sendo viáveis e custo-efectivas.

Estes critérios foram produzidos com base em abordagens epidemiológicas e programáticas. Na aplicação dos mesmos, reconheceu-se que nem todos seriam igualmente aplicáveis para qualquer comportamento. O uso de redes mosquiteiras previamente tratadas com insecticidas (RMIs) por exemplo, evita a malária, mas não atinge nenhuma das outras importantes causas da morbi-mortalidade infantil. Este comportamento foi considerado pelo facto de a malária constituir um problema de saúde pública importante em todos os países em desenvolvimento e as RMIs já provaram ser uma intervenção potencialmente eficiente e de uso generalizado. À semelhança, o prolongamento da amamentação exclusiva provou ter um impacto importante na saúde pública, embora o desenvolvimento de programas de promoção da amamentação para grandes sectores da população nem sempre seja custo-efectivo e de fácil sustentabilidade. Contudo, estratégias de mudanças em grande escala visando à amamentação estão a melhorar e são promissoras.

A lista final agrupa 16 tipos de comportamentos em 5 categorias, a saber: (1) práticas da saúde reprodutiva; (2) práticas de alimentação de bebés e crianças; (3) práticas de vacinação; (4) práticas de saúde doméstica; e (5) práticas de procura de cuidados de saúde. Crê-se que cada categoria seja importante para a maximização da eficiência dos programas. É óbvio que haja sobreposição entre estas categorias mas considerou-se ser importante, para fins programáticos, separarem-se as práticas domiciliárias de alimentação e vacinação das outras categorias de comportamento familiar para assim se enfatizar a sua importância.

A Tabela 1 apresenta tipos de comportamentos enfatizados por categoria.

Tabela 1. Tipos de comportamentos enfatizados

PRÁTICAS DE SAÚDE REPRODUTIVA: As Mulheres em idade reprodutiva devem fazer o planeamento familiar e procurar cuidados pré-natais quando estiverem em estado de gravidez.

1. Todas as mulheres em idade fértil devem evitar a gravidez precoce, espaçar os nascimentos de crianças e limitar o número das mesmas .
2. Todas as mulheres em estado de gravidez devem procurar cuidados pré-natais pelo menos 2 vezes durante o período de gravidez. Alguns países tais, como Moçambique, recomendam um minimum de 4 vezes.
3. Todas as mulheres em estado de gravidez devem tomar sal ferroso.

PRÁTICAS DE ALIMENTAÇÃO DE BEBÉS E CRIANÇAS: As Mães devem dar alimentos e líquidos apropriados à idade da criança.

4. Amamentação exclusiva por um período de 4 – 6 meses.
5. A partir dos 4 – 6 meses, dar alimentos complementares e continuar a amamentar até aos 24 meses.

PRÁTICAS DE VACINAÇÃO: As crianças devem completar o calendário da vacinação; as mulheres em idade reprodutiva devem receber toda a dosagem da vacina contra o tétano.

6. Os bebés devem ser levados para a vacinação contra o sarampo logo que completam os nove meses.
7. Os bebés devem ser levados à vacinação mesmo que estejam doentes. As crianças devem ser vacinadas durante as visitas aos serviços de saúde para fins curativos.
8. As mulheres em idade reprodutiva devem ser vacinadas contra o tétano logo na primeira oportunidade que se oferecer.

PRÁTICAS DE SAÚDE NO DOMICÍLIO: Pais e encarregados de educação devem adoptar comportamentos apropriados de prevenção de doenças infantis e tratá-las quando estas ocorrem.

Prevenção

9. Usar e manter as redes mosquiteiras previamente tratadas com insecticidas.
10. Lavar as mãos com água e sabão (ou cinza) quando necessário, principalmente: antes de preparar os alimentos, antes de comer ou dar de comer à criança e depois de mudar as fraldas à criança ou utilizar a latrina.
11. Todos os bebés e crianças devem consumir a vitamina A em quantidade suficiente.
12. Todas as famílias devem usar o sal iodado.

Tratamento

13. Continuar dar alimentos e aumentar a quantidade de líquidos durante o período da doença; aumentar a quantidade de alimentos logo a seguir à doença.

14. Preparar e administrar o SRO, ou outros líquidos apropriados de preparação caseira, de forma adequada.

15. Administrar medicamentos e tratamento de acordo com as instruções (em termos de quantidade e duração).

PRÁTICAS DE PROCURA DE CUIDADOS DE SAÚDE: Pais e encarregados de educação devem ser capazes de reconhecer a criança doente e saber quando levá-la à unidade sanitária.

16. Procurar cuidados de saúde apropriados quando notar que o bebé ou a criança está doente isto é: estar mal disposta, não brincar, não comer e/ou não beber ou notar alteração da consciência, vomitar tudo, ter febres altas, respirar com rapidez ou com dificuldade .

4. Uso de comportamento enfatizado para o desenvolvimento de programas de cuidados de saúde primários

O comportamento enfatizado pode proporcionar um quadro de planificação de programas verticais. A focalização na mudança destes tipos de comportamento dos pais ou encarregados de educação pode orientar os planificadores locais de saúde à medida que forem desenvolvendo estratégias que visam melhorar a saúde infantil na comunidade. Assim, as mudanças comportamentais poderão ser usadas como metas ou objectivos de monitoria do desempenho dos programas. Na aplicação desta metodologia, importa referir os três passos necessários. Primeiro, os responsáveis de saúde devem seleccionar o qual comportamento de dezasseis a focalizar no seu programa. Segundo, é necessário desenvolver e implementar estratégias locais apropriadas para atingir este sub-conjunto de comportamentos. Terceiro, necessita-se de um plano de monitorização e avaliação. A abordagem destas três fases do desenvolvimento do programa usando comportamentos e as que se encontram é aprofundada mais adiante.

Durante a reflexão sobre como abordar os tipos de comportamento dos pais ou encarregados de educação seleccionados deve-se ter presente que cada pai ou encarregado de educação numa comunidade e que esta, por sua vez - incluindo os seus membros, trabalhadores da saúde, normas, instituições e políticas - influencia como os pais praticam estes comportamentos. Por exemplo, apesar dos pais ou encarregados de educação terem a responsabilidade de levarem as crianças às unidades sanitárias para vacinação contra o sarampo, os trabalhadores da saúde responsabilizam-se pela administração da vacina. As crenças e comportamentos quer dos pais quer dos trabalhadores da saúde sobre a vacinação influenciarão se a criança recebe ou não a vacina contra o sarampo. De igual forma, uma norma social comunitária relativa à amamentação exclusiva provavelmente influenciará se a mãe daquela comunidade dará ou não líquidos complementares a uma criança de 3 meses de idade. Apesar da discussão mais aprofundada desta matéria não caber no âmbito deste documento, os planificadores de saúde devem estar cientes dos múltiplos factores que irão afectar a implementação de cada tipo de comportamento dos pais. Um programa que acomoda estes vários factores tem mais probabilidade de ser coroado de êxitos do que aquele que não o faz.

Priorização do comportamento enfatizado

Embora seja importante abordar cada uma das cinco categorias do comportamento enfatizado numa estratégia de saúde pública a longo prazo, não é necessariamente apropriado ou viável abordar todos os dezasseis tipos ao mesmo tempo. O primeiro passo na selecção do comportamento enfatizado consiste na revisão dos dados disponíveis na comunidade sobre os conhecimentos dos pais e educadores, atitudes, práticas e taxas de cobertura vacinal. A maior parte dos dados sobre a comunidade nos países em desenvolvimento são colectados usando estudos por amostra que colhem informações sobre famílias a partir de questionários estruturados até entrevistas aos pais ou encarregados de educação. Exemplos deste tipo de estudos são os casos de Inquéritos Demográficos e de Saúde (IDS), o estudo da Organização Mundial da Saúde (OMS) e os estudos de múltiplos indicadores da UNICEF. Ademais,

Organizações Não-Governamentais (ONG's) e Ministérios da Saúde (MISAU) por vezes realizam estudos sobre famílias em zonas geográficas de pequenas dimensões para fins de planificação local. Uma passagem em revista dos dados existentes proporcionarão uma panorâmica das práticas correntes dos pais. Se as taxas de cobertura vacinal estiverem documentadas e forem altas, o comportamento de procurarem a vacinação não deverá ser enfatizado. De igual forma, se os bebés e crianças estiverem já a receber regularmente a vitamina A complementar, ou se as famílias estiverem a usar, de forma rotineira, o sal iodado, portanto estes comportamentos não requerem atenção imediata.

O segundo passo na priorização do comportamento enfatizado consiste na investigação da viabilidade de implementação de um programa ao nível da comunidade. Mais uma vez, a revisão de dados disponíveis sobre programas baseados na comunidade irá identificar metodologias exitosas anteriores e recursos necessários para a implementação destas estratégias. Diferentes comunidades, geralmente possuem diferentes conjuntos de recursos, canais de comunicação, hábitos e costumes. Dados desta natureza poderão estar disponíveis nos Ministérios de Saúde ou ONG's locais. Para cada comportamento enfatizado, importa rever os dados seguintes:

- **A viabilidade de mudança de comportamento.** Condições socio-culturais e económicas em que as famílias operam poderão influenciar se os pais ou encarregados de educação poderão ou não implementar um determinado comportamento. A percepção da importância de certos comportamentos sanitários por parte de alguns membros da comunidade poderá favorecer a alguns em detrimento de outros tipos de comportamento.
- **Os recursos disponíveis para a implementação de um programa.** Diferentes estratégias de programas necessitarão de diferentes recursos. Os custos relativos a campanhas massivas e o uso de prestadores formais e informais de cuidados de saúde e grupos comunitários devem ser cuidadosamente revistos. A disponibilidade de recursos, a longo prazo, para a sustentabilidade das actividades do programa é uma consideração importante. Os recursos podem provir das comunidades e famílias bem como de fontes externas.
- **A capacidade local de implementação do programa.** Certas actividades dependem de trabalhadores qualificados de saúde nas unidades sanitárias, bem como da comunidade (incluindo os Agentes Polivalentes Elementares (APE's) e parteiras tradicionais (PT's)). Grupos comunitários (associações de mães, igrejas, curandeiros, e vendedores privados de medicamentos, por exemplo) e/ou outras organizações são cruciais no apoio das actividades programáticas. Os sistemas e estruturas de saúde devem funcionar adequadamente de forma a fornecerem serviços de planeamento familiar ou vacinações e atendimento específico para crianças doentes. Para a focalização de comportamentos ligados à vacinação e procura de cuidados de saúde, as clínicas devem estar disponíveis e a funcionar com um abastecimento estável de medicamentos essenciais e vacinas viáveis.

Nalguns casos, não existe nenhum dado sobre a comunidade em termos de comunicação ou programas de educação sanitária e será necessário colher estas informações. Existem vários métodos de recolha de dados quer quantitativos quer qualitativos. Está presentemente em curso o desenvolvimento de um método de recolha de dados de comportamento enfatizado (ver

Bhattacharyya e Murray 1997, Anexo D). Uma revisão das lições tiradas de actividades anteriores, e se necessário, observações adicionais no terreno, permitirão a priorização de uma lista de tipos de comportamento enfatizado desenhada tendo em vista as necessidades e recursos locais. Por que a maior parte dos comportamentos enfatizados são praticados dentro do lar, a capacidade dos membros da família implementarem adequadamente estes comportamentos por um longo período de tempo reveste-se de grande importância. Para a priorização de comportamentos enfatizados, pode-se socorrer de uma hierarquização sistemática de procedimentos. Os instrumentos apresentados nos Anexos B e C foram desenhados de forma a permitir a hierarquização quantitativa com base em critérios específicos (Graeff et al. 1993). O primeiro instrumento serve-se de critérios programáticos simples, enquanto que o segundo focaliza os elementos comportamentais que influenciam a viabilidade de mudança de cada comportamento. Os comportamentos com maior número de categorias (hierarquias) são seleccionados como sendo prioritários.

Desenvolvimento de estratégias que visam atingir o comportamento alvo

As metodologias que visam alterar os tipos de comportamento seleccionados devem ser apropriadas às condições locais da comunidade. Os passos seguintes devem ser tomados em consideração no desenvolvimento de estratégias eficientes de mudança comportamento (Graeff et al. 1993; HEALTHCOM 1995, indicado em Anexo D):

1. Identificação de aspectos específicos locais do comportamento para focalização.

Comportamentos específicos geralmente podem ser subdivididos em subcomponentes. Nem todos estes subcomponentes terão a mesma importância. Por exemplo, se a maior parte das mães de uma comunidade iniciar com a amamentação exclusiva, e depois introduzir alimentos suplementares aos

Quadro 2 Seleção de tipos de comportamento enfatizado: exemplo de priorização

Na passagem em revista da lista de dezesseis tipos de comportamento, o Ministério de Saúde (MISAU) do país X usou a lista de forma seguinte: o seu Programa Alargado de Vacinação (PAV) tinha atingido uma taxa de cobertura relativamente alta, para as crianças, mas tinha uma taxa baixa de cobertura de vacina contra tétano para as mulheres em idade reprodutiva. Trabalhando no sentido de manter elevada a taxa de cobertura entre crianças, o PAV decidiu dobrar esforços no campo de vacinação de mulheres de alto risco de contrair tétano. Prosseguindo na lista de comportamento enfatizado, o MISAU verificou que a promoção do uso de redes mosquiteiras previamente tratadas com insecticida está fora do domínio do MISAU e portanto não pode ser integrado imediatamente no actual programa de sobrevivência infantil. Por outro lado, o MISAU considerou seriamente que as suas várias unidades sanitárias e o pessoal estavam preparados para responder à grande demanda criada pela promoção do comportamento de procura de cuidados de saúde. Assim, pretendia priorizar o melhoramento das práticas de procura de cuidados de saúde para crianças doentes, em especial porque estes comportamentos abrangem muitas áreas de doenças. Assim, a lista de tipos de comportamento enfatizado foi modificada para reflectir as preocupações e capacidades do País X.

seus bebês de 3 meses, então um programa que focaliza a iniciação de amamentação não seria eficaz. Pelo contrário, o programa deveria focalizar no retardamento da introdução de alimentos suplementares. Um certo comportamento poderá não ser praticado porque os pais e encarregados de educação não sabem como fazê-lo ou porque outros factores impedem-nos de o fazer. É sempre útil os programas focalizarem aqueles aspectos do comportamento que apresentam problemas para a sua adopção. Por exemplo, embora o sabão geralmente esteja disponível para a maior parte das famílias, nem sempre é usado para a lavagem das mãos. Um programa eficaz deverá desenvolver estratégias para abordar as dificuldades da lavagem das mãos, tais como a disponibilidade de água.

2. Identificação do grupo alvo

Sendo o objectivo final do programa mudar práticas específicas de pais e encarregados de educação, deve-se tomar uma decisão sobre a melhor forma de atingir este grupo. Nesta abordagem, deve-se prestar atenção à identificação de pais e encarregados de educação em maior risco, tais como pessoas residentes em zonas rurais, com baixa escolaridade ou que vivam em comunidades com práticas tradicionais que poderão ter consequências sanitárias adversas. Ademais, considerações devem ser feitas para atingir outros grupos e indivíduos importantes na determinação do comportamento das pessoas que cuidam das crianças dentro do lar, tais como outros membros da família (maridos, avós), líderes comunitários, professores e organizações religiosas. Se por exemplo, as mães forem significativamente influenciadas pelas suas próprias mães na decisão de dar ou não alimentos suplementares aos bebês, então é importante que um programa de comunicação vise atingir avós assim como mães.

Quadro 3

Adaptação do comportamento enfatizado às condições locais: Exemplo de fraca procura de cuidados de saúde

Condições Locais

O país X identificou um subconjunto de comportamentos chave que incluíam a melhoria das práticas de procura dos cuidados de saúde. Dados disponíveis sobre as famílias indicavam que os pais e encarregados de educação não procuravam os cuidados médicos quando as crianças não estivessem severamente doentes. Crianças com febres persistentes, por exemplo, não eram geralmente levadas às unidades sanitárias até que ficassem mesmo doentes. As Estruturas de Saúde supunham que as razões se prendiam com o não conhecimento dos sinais de uma criança gravemente doente. Pesquisas qualitativas com vista a explorar esta hipótese, concluíram que os pais de facto reconheciam os sinais de uma criança doente mas primeiro procuravam outros cuidados fora das unidades sanitárias, incluindo uma variedade de praticantes de medicina tradicional.

Estratégias do Programa

Dada esta informação, os planificadores de saúde mudaram o seu enfoque, desde o aumento de informações dos pais e encarregados de educação até à abordagem dos constrangimentos da procura de cuidados de saúde em unidades sanitárias, identificados pelo estudo. Estratégias programáticas incluíam a identificação de estratégias domiciliárias apropriadas para o controle de febres (banhos tépidos 'mornos', antipiréticos) e mobilizar os trabalhadores de saúde a recomendar estas estratégias para crianças com febres; trabalhar com praticantes de medicina tradicional no sentido de encorajá-los a recomendar estas estratégias de controle de temperaturas e referir as crianças gravemente doentes às unidades sanitárias; e mobilizar pais e encarregados de educação a procurarem cuidados de saúde em unidades sanitárias logo que reconhecessem sinais de uma doença grave na sua criança.

Objectivos do Programa

Os objectivos do programa incluíam o aumento do número de pais e encarregados de educação referidos às unidades sanitárias por praticantes de medicina tradicional e a quantidade dos mesmos na procura de unidades sanitárias logo que reconheçam os sinais de uma doença grave na sua criança.

3. Desenvolvimento de estratégias que visam alterar o comportamento enfatizado do grupo alvo

Pode-se usar uma variedade de metodologias para alterar o comportamento dos pais e encarregados de educação de crianças menores. A selecção de estratégias dependerá das estruturas existentes e recursos disponíveis na comunidade, da probabilidade de eficácia da metodologia e dos custos e sustentabilidade da mesma. Estratégias de campanhas massivas (normalmente usando a imprensa escrita ou difundida) podem atingir grandes sectores da população, mas a eficiência relativa destas estratégias poderá reduzir-se nas populações sem acesso à rádio ou televisão. Estratégias baseadas no sistema formal de saúde poderão treinar trabalhadores de saúde de nível primário e agentes comunitários de saúde (APE's ou PT's) na transmissão de informações aos pais e encarregados de educação aquando das visitas destes às unidades sanitárias ou durante as visitas comunitárias e orientar os pais e encarregados de educação no sentido de mudarem o seu comportamento. Com o uso dos trabalhadores de Saúde existentes, esta metodologia poderá ser menos dispendiosa, e ajudar a criar uma capacidade dos serviços de saúde locais e melhorará o relacionamento com as comunidades. Contudo, estratégias baseadas no sector formal da saúde atingirão apenas uma porção limitada do total da população em risco. Estratégias que utilizam o sector informal da saúde, tais como prestadores privados, vendedores privados de medicamentos ou curandeiros, extenderão o alcance das actividades de promoção de saúde. A mudança de práticas destes grupos é geralmente difícil e a manutenção da qualidade dos serviços prestados ao grupo que fica fora do sector formal da saúde constitui um grande desafio. Estratégias baseadas em outros grupos existentes na comunidade também podem ser eficientes e relativamente menos onerosas. Uma série destes grupos já foi usada com sucesso na mudança comportamental, incluindo igrejas, escolas, organizações de mulheres, organizações da juventude, associações comunitárias, grupos teatrais locais. Para a maximização do impacto no comportamento, uma série de estratégias pode ser usada na mesma comunidade.

4. Identificação de canais apropriados para a transmissão de mensagens; elaboração das mensagens e materiais necessários

A identificação de estratégias de comunicação no passo anterior irá determinar os canais a usar. Um canal é um meio de transmissão de mensagens ao grupo alvo (normalmente de forma interpessoal, difundida ou impressa). Mensagens e materiais desenhados para alterar o comportamento enfatizado deverão ser adaptados aos diferentes canais. A mudança de práticas dos prestadores de saúde e grupos comunitários exige metodologia de formação que sejam desenhadas segundo as suas capacidades, papéis, responsabilidades e que proporcionem habilidades aplicáveis em práticas rotineiras. O material de apoio às actividades de promoção também deve ser apropriado às características educacionais e culturais da população alvo. Nalgumas comunidades, mensagens visuais são mais eficientes que as escritas; noutras, a comunicação verbal e debates são mais eficientes que o material impresso.

Para o desenvolvimento de mensagens e materiais apropriados aos grupos alvo, necessita-se de alguma informação qualitativa sobre as práticas e crenças correntes dos pais e encarregados de educação relativas aos comportamentos enfatizados seleccionados. Informações qualitativas podem ser obtidas através de vários métodos, tais como entrevistas em profundidade, grupos focais, observação directa e estudos. Dados qualitativos desta natureza geralmente estão disponíveis em

Ênfase comportamental na saúde materno-infantil

países com história de programas de cuidados de saúde primários. Os dados existentes deverão ser usados sempre que possível. Dados qualitativos podem ser rápida e facilmente colhidos, se necessário, usando debates ocasionais com membros proeminentes da comunidade focalizando em certos aspectos do comportamento enfatizado. Embora uma discussão mais aprofundada sobre metodologia de recolha de dados não caiba no âmbito deste documento, o Anexo D faz referência a manuais e guiões pertinentes.

A Tabela 2 sumariza algumas das questões mais relevantes que devem ser respondidas para a adaptação de comportamentos enfatizados ao contexto local. As estratégias, materiais e os métodos devem ser incorporados num plano de implementação. Tanto quanto possível, a implementação deve contemplar as famílias, a comunidade e fazer uso dos recursos existentes bem como assentar-se em actividades contínuas.

Tabela 2. Questões relevantes para a adaptação do comportamento enfatizado

Quem está a implementar o comportamento enfatizado?

Quem não está a implementar o comportamento enfatizado?

Por quê é que algumas pessoas não estão a implementar o comportamento enfatizado?

Quais são os comportamentos correntes que mais se aproximam do comportamento enfatizado?

Qual é o subconjunto de comportamentos envolvido na implementação do comportamento enfatizado?

Quem pode influenciar as pessoas a praticar o comportamento enfatizado?

Que outros factores (crenças, normas sociais, leis, recursos, etc.) influenciam as pessoas a praticarem o comportamento enfatizado?

Quais são os constrangimentos das pessoas para a prática do comportamento enfatizado?

Como é que estes poderão ser superados?

Como é que as pessoas adquirem novas informações na comunidade (isto é, verbalmente, pela rádio, televisão, reuniões religiosas ou comunitárias, de saúde comunitária)?

Monitorização e avaliação de programa de mudança de comportamento

Um plano de monitorização e avaliação é essencial para determinar a eficiência das intervenções destinadas a mudar as práticas utilizadas pelos pais e encarregados de educação. A avaliação de mudanças nos comportamentos enfatizados é talvez o método mais prático de fazer a monitorização do progresso do melhoramento da saúde infantil porque o impacto (redução da morbi-mortalidade infantil) pode geralmente se fazer sentir passados alguns anos, após o inquérito alargado. Porém, se se partir do pressuposto de que o melhoramento das práticas dos pais e

encarregados de educação terá um impacto na morbidade e mortalidade infantil, a eficiência de programas de sobrevivência infantil pode ser demonstrada através do uso de técnicas simples e rápidas. A monitorização regular do desempenho do programa pode ser utilizada para alterar ou melhorar intervenções que não estejam a produzir os resultados desejados.

Os tipos de comportamento enfatizado seleccionados pelos programas comunitários podem servir de base para objectivos e indicadores de programa simples. Por exemplo, um programa que tenha como objectivo a promoção de práticas de vacinação poderá definir objectivos e indicadores de programa da seguinte forma:

- **Objectivo:** setenta e cinco por cento de pais e encarregados de educação conhecem pelo menos dois sinais que indicam a necessidade de procurar cuidados médicos quando a criança estiver doente.
- **Indicadores:** o número exacto de pais e encarregados de educação que conhecem pelo menos dois sinais que indicam a necessidade de procurar cuidados médicos quando a criança estiver doente.

O método mais utilizado para avaliar a mudança de conhecimentos e práticas dos pais e encarregados de educação é o inquérito familiar, onde entrevistas são feitas a grupos seleccionados (amostra) da população alvo do programa. Este método tem por objectivo identificar o número de pais e encarregados de educação que pratica o comportamento enfatizado.

Pode-se efectuar inquéritos iniciais e de monitorização para avaliar periodicamente mudanças dos indicadores nas comunidades. Pode-se igualmente efectuar inquéritos em comunidades que não estejam cobertas pelo programa para comparar o seu comportamento de saúde com o das populações nas áreas cobertas pelo programa. As diferenças entre os dados apurados no inquérito inicial e os da monitorização darão uma indicação aos planificadores do programa se houve mudanças no comportamento dos pais e encarregados de educação e se os objectivos preconizados foram alcançados. Os resultados das avaliações podem também ajudar a determinar como desenvolver e focalizar as intervenções para maximizar a eficiência do programa. Dá-se cada vez maior importância à elaboração de métodos de inquéritos simples que possam ser utilizados pelos agentes locais de saúde para a monitorização do programa. Estes métodos são simples, rápidos, e podem ser realizados utilizando recursos locais. O Anexo D apresenta material que fornece explicação sobre alguns destes métodos.

Anexo A: Fundamentação técnica do comportamento enfatizado

Práticas de saúde reprodutiva

Todas as mulheres em idade reprodutiva devem retardar a primeira gravidez, ter espaçamento adequado entre partos e limitar o número de filhos

Os bebés que nascem num espaçamento inferior a 2 anos correm pelo menos duas vezes mais o risco de morrerem no primeiro ano de vida em relação aos nascidos com espaçamento superior a 2 anos. Mesmo sobrevivendo o primeiro ano de vida, estas crianças têm 1.5 vezes mais de probabilidade de morrer antes dos cinco anos em relação às crianças cujo espaçamento foi de pelo menos dois anos (Bohler 1994; Alam 1995; Shane 1997).

Partos com curto espaçamento aumentam a possibilidade de nascimento de crianças com baixo peso, disputa entre as crianças dos limitados recursos (as mães podem desmamentar mais cedo, por exemplo), assim como aumentam o risco de transmissão de doenças infecciosas (Conselho Nacional de Investigação 1989). A idade da mãe é um factor de risco importante para a mortalidade materno-infantil. Nos países em desenvolvimento, uma média de aproximadamente 40 por cento de mulheres têm partos antes de 20 anos de idade. Crianças de mães com menos de 20 anos de idade têm aproximadamente 1.5 vezes mais de probabilidades de morte antes de completarem o primeiro ano de vida em relação às crianças que nascem de mães de idade igual ou superior a 20. Os bebés de mães menores têm maior probabilidade de serem prematuros, terem baixo peso, complicações durante parto (McDevitt et al. 1996). Por outro lado, existe grandes probabilidades das mães menores não granjearem do apoio social e económico necessário para garantir a saúde dos seus filhos. Crianças de mães com idade superior a 40 anos, especialmente a partir do quarto filho, correm também grande risco de morte por várias razões, incluindo doenças congénitas e curto espaçamento.

Por outro lado, as mulheres grávidas correm também o risco de morte. Aproximadamente 1 em cada 48 mulheres nos países em desenvolvimento corre o risco de morte relacionada à gravidez ou complicações de parto (OMS e UNICEF 1996). As causas de mortalidade mais comuns incluem hemorragias pós parto ou de abortos clandestinos, infecção, hipertensão e obstrução de trabalho de parto.

A estratégia mais eficiente para o planeamento familiar e limitação do número de filhos é o uso de anticonceptivos. As mulheres necessitam de compreender, procurar e usar métodos anticonceptivos eficientes, que podem incluir anticonceptivos orais; injectáveis; dispositivos intra uterinos; métodos de barreira tais como preservativos, diafragmas, e espermicidas; métodos naturais de planeamento familiar (incluindo método de amenorreia láctica); e esterilização masculina e feminina. Todos estes métodos são utilizados por mulheres em países em desenvolvimento e há evidência da existência de uma procura cada vez maior de serviços de planeamento familiar. Para garantir maior eficiência das intervenções dos programas, estes devem tomar em consideração o papel do homem, da religião, das normas ético-sociais e crenças (Shane 1997).

Todas mulheres grávidas, devem ir às consultas pré-natais pelo menos 2 vezes durante a gravidez. Alguns países, como Moçambique, recomendam pelo menos 4 vezes.

É importante que as mulheres grávidas recebam cuidados pré-natais para reduzir a mortalidade materno-infantil. As consultas pré-natais constituem uma oportunidade para se fazer exames de diagnóstico da mãe de modo a prestar cuidados preventivos, e tratamento quando necessário, e instruir a mãe sobre cuidados domiciliários para melhorar a sua própria sobrevivência e a da criança (OMS/FRH 1994). A história clínica e os exames físicos são necessários para detectar mulheres com alto risco de complicações incluindo anemia e eclâmpsia; em alguns países este diagnóstico inclui testes de sífilis. As consultas pré-natais constituem também uma oportunidade para a vacinação da mãe contra tétano (ver a secção de vacinação) assim como para a administração de sal ferroso (ver a secção seguinte), que já provou reduzir a mortalidade neo-natal e infantil. Em alguns países, as consultas pré-natais podem ser utilizadas para a profilaxia de malária e tratamento de parasitas intestinal. A educação para a saúde em matéria de nutrição apropriada durante a gravidez, sinais e sintomas de complicação, práticas de parto, e de planeamento familiar/espacamento de partos podem também ser abordados durante as consultas pré-natais, pois estes ajudam significativamente a reduzir a morbi-mortalidade materno-infantil (Koblinsky 1995). Nos países em desenvolvimento há dois principais obstáculos para uma eficiente provisão de serviços pré-natais. O primeiro dos quais é a falta de acesso (geográfico, económico, ou social) aos serviços de saúde. O segundo é a fraca qualidade dos serviços pré-natais devido a falta de pessoal de saúde qualificado e motivado. Um número de estratégias programáticas foram investigadas em países em desenvolvimento e precisam de ser adaptadas às circunstâncias particulares de cada país (Winnard 1995; Kwast 1995; Alisjahbana et al. 1995).

Todas as mulheres grávidas devem tomar comprimidos de sal ferroso

A anemia por deficiência de ferro é uma das maiores deficiências nutricionais no mundo. Afecta particularmente as mulheres grávidas e as que estão a amamentar, assim como crianças de idade inferior a 3 anos de idade (ACC/SCN 1991). A anemia nas mulheres grávidas pode causar nados mortos, mortalidade neo-natal, e bebés com baixo peso assim como aumenta o risco de mortalidade materna (Walsh et al. 1993). Mães anêmicas têm maior probabilidades de não implementarem os cuidados rotineiros que devem ser dispensados ao recém-nascido ou envolver-se em actividades que requeiram esforços físicos devido ao efeito debilitante da deficiência de ferro sobre as capacidades aeróbicas e reprodutivas (Stoltzfus 1994). O suplemento com comprimidos de sais ferroso (incluindo ácido fólico) a um nível de 60 a 120 miligramas de ferro por dia durante os últimos dois trimestres do período de gravidez é uma intervenção de baixo custo que actualmente faz parte das recomendações das políticas de saúde de vários países (Levin et al. 1993; McGuire e Galloway 1994).

PRÁTICAS DE ALIMENTAÇÃO DE BEBÉS E CRIANÇAS

Amamentação exclusiva até aproximadamente 4 - 6 meses

Entre os bebés de amamentação exclusiva (isto é, os que não se alimentam de quaisquer outros líquidos ou sólidos para além do leite materno), e os bebés que nunca amamentaram, estes últimos correm, o risco de morte por diarreia, 14 vezes mais que os outros. O risco é maior nos primeiro dois meses de vida, sendo o de morte provocada por doenças respiratórias, 4 vezes maior e por outras infecções 2.5 vezes, em relação aos bebés de amamentação exclusiva (Victora et al. 1987; Feachem e Koblinsky 1984).

Dados colhidos no Bangladesh, Brasil, Perú e Filipinas demonstram que a introdução prematura de alimentos suplementares ao aleitamento materno é responsável pelo aumento de risco de morbidade e mortalidade por doenças diarreicas. Mesmo a introdução de chás de ervas ou águas aos bebês de amamentação exclusiva pode também aumentar a morbidade e mortalidade por doenças diarreicas. A introdução de outros alimentos e líquidos suplementares reduz a quantidade do leite materno o que por sua vez, reduz a quantidade de nutrientes ingeridos; os alimentos suplementares também reduzem a absorção de ferro contido no leite materno. Os alimentos suplementares mais utilizados pelas famílias de fracas condições económicas raramente compensam os nutrientes obtidos através do leite materno agora substituído. Os agentes de saúde devem tomar todas as precauções no sentido de desaconselhar a introdução prematura de alimentos suplementares.

Existem dados programáticos que sugerem que as práticas de aleitamento materno podem ser melhoradas em vários grupos de populações e que a melhoria da prática de amamentação exclusiva pode reduzir a morbi-mortalidade infantil, particularmente causada pela diarreia (Winikoff e Baer 1980; Mata et al. 1981 Brown et al. 1990; Popkin et al.1990; Victora et al. 1989).

Há novos dados que sugerem que o HIV/SIDA, numa pequena proporção de bebês, pode ser transmitido da mãe infectada para o recém-nascido através do aleitamento materno. A OMS está a elaborar um programa de aconselhamento para mulheres grávidas sero-positivas (UNAIDS/OMS 1996).

A partir de 4 - 6 meses, introduzir alimentos suplementares apropriados e continuar a amamentar até 24 meses

O aleitamento materno por si só não fornece todos os nutrientes necessários para uma criança com idade superior a 6 meses (Scrimshaw et al 1996). A investigação comportamental sugere o desenvolvimento de uma "prontidão" da criança a partir de 6 meses para se alimentar de semi-sólidos, assim como existem evidências fisiológicas que indicam que os canais gastro-intestinais estão suficientemente desenvolvidos para processar uma diversidade de alimentos.

Contudo, para que os alimentos suplementares tenham um valor calorífico e nutricional apropriado, é necessário que a alimentação básica (trigo, mapira, milho, arroz, mandioca) da maior parte dos países em desenvolvimento seja enriquecida. Ingredientes com altos valores nutricionais por caloria e caloria por volume são localmente disponíveis. A redução da quantidade de água e a introdução de alimentos de origem animal, gorduras, sementes oleaginosas, amêndoas, legumes, e variedades de frutas e vegetais na dieta básica melhora a densidade nutricional.

É importante que se continue a dar o leite materno mesmo depois da introdução de alimentos suplementares (Dewey et al 1996). O leite materno fornece uma proporção substancial de gordura, vitamina A, cálcio, e proteínas de qualidade durante o segundo ano de vida. A ausência de uma amamentação frequente e consistente é um significativo factor de risco de deficiência de vitamina A. Crianças que continuam com o aleitamento materno têm 65 a 90 por cento de probabilidades de não desenvolverem sinais de deficiência (Sommer e West 1996)

Práticas de vacinação

Todas as práticas de vacinação são abordadas num contexto global baseado num programa de vacinação que enfatiza o fornecimento de todos os antigénios (que geralmente são BCG, anti-sarampo, OPV 1,2,3, e DPT 1,2,3) durante o primeiro ano de vida.

Levar a criança à vacinação contra sarampo logo que complete os 9 meses de vida

O sarampo é uma das maiores causas de morbidade e mortalidade nos países em desenvolvimento, e responsável pela mortalidade de aproximadamente 1 milhão de crianças por ano. A proporção de casos fatais (PCF) de sarampo varia de 3 a 11 por cento e é mais alta entre crianças recém-nascidas e as malnutridas. A infecção pelo vírus do sarampo tem um efeito imunossupressivo e pode tornar os bebés e as crianças mais vulneráveis às outras infecções comuns em crianças, especialmente diarreia, infecções respiratórias agudas (IRA), e infecções dos ouvidos. Já foi demonstrado que a infecção pelo sarampo está associada à deficiência em vitamina A, que é parcialmente responsável por mortalidade causada pelo sarampo. O tratamento de crianças com vitamina A pode reduzir a PCF. A vacina contra o sarampo provou ser uma estratégia preventiva muito eficiente como componente de um programa alargado de vacinação tanto nos países desenvolvidos como nos em desenvolvimento. Para um sumário mais abrangente sobre a epidemiologia de sarampo ver "Controle de sarampo nos anos 1990: princípios para o próximo século" (OMS/PAV 1990).

Este comportamento enfatizado dos pais e encarregados de educação está de acordo com o calendário padrão de vacinação do PAV. A vacina contra o sarampo deve ser feita logo que a criança completar 9 meses de vida para evitar o risco de infecção pelo vírus do sarampo. O vírus pode praticamente infectar qualquer criança que não esteja protegida pela vacina. No âmbito do programa PAV é importante que este comportamento seja enfatizado porque muitos agentes da saúde erradamente consideram que a vacina contra o sarampo deve, cronologicamente, seguir escrupulosamente a calendarização das outras vacinas do PAV, o que não constitui a verdade. O elemento determinante é a idade da criança. Apesar da vacina contra o sarampo ser a última a ser administrada, segundo o PAV, se as outras doses não tiverem sido feitas oportunamente ou mesmo que não tenham sido administradas, isso não significa que a vacina contra o sarampo deva ser adiada. Nos países com tradição de programas de vacinação e onde os dados demonstram que a vacina contra o sarampo é realmente a última vacina a ser administrada (o inquérito sobre a cobertura do programa de vacinação pode confirmar estes dados), significa que a vacina contra o sarampo no nono mês de vida coincide com a conclusão do programa de vacinação dentro do tempo estabelecido. Por outro lado, nos países onde a participação nos programas de vacinação é fraca, é importante que o presente comportamento enfatizado do educador seja complementado pela prática dos agentes de saúde na redução das oportunidades perdidas. Assim, este comportamento pode-se tornar num importante indicador da eficiência do programa. Os inquéritos sobre a cobertura ou informação administrativa de rotina pode ser utilizada para determinar os níveis de cobertura do programa de vacinação ao nono mês de vida (OMS/PAV 1990, 1991).

Leve a criança à vacinação mesmo que ela esteja doente. Permita que a criança seja vacinada durante uma consulta para cuidados curativos

Muitos pais e agentes de saúde erradamente acreditam que crianças doentes não devem ser vacinadas por receio que ela fique ainda mais doente ou que a vacina não produzirá os efeitos desejados.

Consequentemente, muitas crianças da idade indicada não são vacinadas quando visitam as unidades sanitárias. Estas oportunidades de vacinação perdidas (OVP) contribuem significativamente para a baixa taxa de cobertura dos programas de vacinação. Um recente inquérito internacional de OVP contemplando 79 estudos de casos de OVP em 45 países concluiu que houve casos de OVP em todos os estudos com a excepção de um único. Uma das principais razões da ocorrência de OVP foi o facto de os agentes de saúde e pais acreditarem em falsas contra-indicações sobre vacinas tais como a crença de que uma criança ligeiramente doente não pode ser vacinada. Os autores do estudo enfatizaram a necessidade de os agentes de saúde vacinarem crianças que sofram de malnutrição, febres ligeiras, IRA ligeira, diarreia, e outras doenças. É importante que o comportamento correspondente do agente de saúde seja evidenciado para permitir que os pais e encarregados de educação e agentes de saúde, em conjunto, possam desempenhar um papel de relevo na minimização de OVPs (OMS/PAV 1992).

Informações sobre OVPs de crianças doentes podem ser obtidas a partir de questionários CAP que são administrados ao mesmo tempo que o inquérito PAV sobre a cobertura. O nível exacto de redução da cobertura de programas de vacinas provocado por OVPs difere significativamente de país para país mas pode ser obtido através dos dados do inquérito de cobertura do programa. As estratégias para a redução de OVPs passam necessariamente pela identificação das crenças e práticas locais que podem impedir a realização de vacinação. Exemplos típicos de obstáculos à vacinação foram recolhidos de vários países (OMS/PAV 1992).

Mulheres grávidas e em idade reprodutiva, devem, sempre que possível, tomar a vacina anti-tétano

Tétano neo-natal ainda vitima anualmente entre quinhentos a seiscentos mil recém-nascidos. A doença pode ser efectivamente prevenida através de prática de partos seguros e/ou a protecção da mãe através da vacina anti-tétano (VAT). Apesar da existência de vacinas anti-tétano a baixo custo, o nível de cobertura de VAT entre mulheres em idade reprodutiva é geralmente mais baixo em relação à vacinação de crianças. Este problema é agravado pela impossibilidade dos dados da cobertura indicarem, com precisão, os níveis de imunidade (OMS/VRD 1995). As mulheres podem ser vacinadas em qualquer período durante a idade reprodutiva, apesar de os programas de vacinação nem sempre aproveitarem esta oportunidade de longo prazo. Em muitos países o calendário de VAT não está claramente estabelecido. Assim assiste-se a um elevado nível de OVPs, especialmente se se tomar em consideração que estas mulheres visitam regularmente as unidades sanitárias para a vacinação dos seus filhos (OMS/PAV 1995).

Um programa de promoção de VAT pode melhorar o comportamento tanto dos agentes de saúde como das próprias mulheres. Os agentes de saúde devem certificar-se de que todas as mulheres que, por um motivo ou outro, se deslocam à unidade sanitária, tenham a sua situação da VAT regularizada, e se necessário, vaciná-las e registar a respectiva dose. Os programas comunitários dirigidos à mulher devem sensibilizá-la sobre a importância da vacina VAT e encorajá-la para que esta a exija sempre que possível (OMS/PAV 1994).

Práticas domiciliárias de saúde

Prevenção

Usar e manter redes mosquiteiras pre-tratadas com insecticida

A malária é uma das maiores causas de morbidade e mortalidade nos países em desenvolvimento. Esta doença é responsável pela morte de 1.5 a 2.7 milhões de pessoas anualmente, com a maior percentagem destas a ocorrerem em África. Neste continente 25 por cento da mortalidade de crianças com idade inferior a 5 anos, excluindo mortes neo-natais, são causadas pela malária (OMS 1994). A maior incidência de resistência de *Plasmodium falciparum* à cloroquina em muitas áreas afectadas pela epidemia de malária e a não existência de agentes anti-maláricos alternativos nos países em desenvolvimento, catalizou a investigação sobre redes mosquiteiras tratadas com insecticida como uma estratégia de prevenção da malária. Mais de 20 estudos realizados testaram o impacto da rede mosquiteira pré-tratada com insecticida sobre a morbidade e mortalidade causada pela malária nas áreas afectadas por esta epidemia. Os estudos registaram uma redução de 20 a 63 por cento (média 45 por cento) de casos de malária depois da introdução das redes mosquiteiras impregnadas com insecticida. Uma redução de 63 por cento de mortalidade infantil do grupo etário de 1 a 4 anos de idade foi registada numa das áreas que usaram as redes mosquiteiras impregnadas com insecticida (Alonso et al. 1993; Lengeler et al. 1996). A eficácia das redes varia significativamente de acordo com o tipo de mosquito vector existente e o nível da endemidade na área. A redução das taxas de morbidade e mortalidade são normalmente alcançados em condições controladas. Um dos maiores problemas é garantir a re-impregnação regular das redes com insecticida. A questão que se coloca é se o uso geral e contínuo deste método pelas comunidades pode se tornar numa intervenção de saúde pública custo-eficiente. Por esta razão há estudos em curso destinados a testar a eficiência, e não a eficácia das redes impregnadas com insecticidas (D'Alessandro et al. 1995; Kroeger et al. 1995; Lengeler e Snow 1996; Sexton 1994).

Lave as mãos com sabão (ou cinza)

Um número de estudos demonstrou que o melhoramento da prática de lavar as mãos com água suficiente e sabão pode reduzir a morbidade geral causada por doenças diarreicas em 30 a 50 por cento (Khan 1982; Clemens e Stanton 1987; Black et al. 1981). O comportamento de lavar as mãos é complexo, e as mudanças comportamentais são geralmente difíceis de iniciar e manter. Há vários exemplos de programas que registaram melhorias na prática de lavar as mãos depois de algum tempo (Hoque et al. 1996; Pinfold e Horan 1996).

Todos os bebés e crianças devem consumir a vitamina A em quantidades suficientes

Nas populações onde existem problemas de deficiência de vitamina A, após o aumento do consumo de vitamina A para níveis aceitáveis, pode-se registar nesta área uma redução de 23 a 24 por cento de mortalidade. Os estudos realizados em comunidades demonstram que atingiram este impacto através de um suplemento periódico universal de quatro ou de seis em seis meses de megadoses (100.000 UI por dose para 6-11 meses de idade e 200.000 UI por dose para os 12-71 meses de idade), ou através de pequenas doses semanais, ou alimentos fortificados com vitamina A. A redução deveu-se principalmente à queda da mortalidade causada por diarreias e outras doenças relacionadas com o sarampo entre as crianças que beneficiaram do suplemento à vitamina A. Testes clínicos em crianças hospitalizadas devido ao sarampo demonstraram que duas doses grandes de vitamina A reduziram a mortalidade com redução da proporção de casos de óbitos em 66 por cento em média. As doses recomendadas são 50.000 UI por

dose para crianças com idade inferior a 6 meses; 100.000 UI por dose para a idade de entre 6-11 meses; 200.000 por dose para as idades a partir de 12 meses. Por outro lado, existem também evidências que indicam o impacto positivo de um melhor consumo de vitamina A sobre a redução da duração, gravidade e complicações normalmente associadas ao sarampo assim como a diarreia (IVACG 1996; Coutoudis et al. 1991; Hussey e Klein 1990; Muhilal et al. 1988; Rahmathulah et al. 1990; Sommer et al. 1986). No lar, a deficiência pode ser evitada através do consumo regular de alimentos enriquecidos com vitamina A, incluindo alimentos fortificados, ou através da ingestão de suplementos de vitamina A.

Todos membros da familiar devem utilizar sal iodado

A deficiência de iodo é a principal causa de doenças cerebrais e retardamento mental. Isto é causado pela deficiência de iodo no solo o que faz com que os produtos agrícolas produzidos nestes locais tenham consequentemente deficiência de iodo (OMS/UNICEF/ICCIDD 1993). Nados mortos e abortos involuntários, e deficiências das funções cognitivas da criança em desenvolvimento, são as consequências associadas à deficiência de iodo. Na vida adulta estes indivíduos têm uma reprodutividade limitada. Um grande número de países em desenvolvimento têm áreas geográficas com maior incidência de deficiência de iodo. A iodização do sal é uma das intervenções nutricionais de mais baixo custo, e presentemente está a implementar-se a iodização a nível mundial. Nalgumas áreas onde programas de sobrevivência infantil estão a ser implementados podem não estar afectados pela deficiência de iodo, enquanto que noutras áreas pode haver falta de sal iodado. A selecção de comportamento enfatizado prioritário deve tomar em consideração este factor.

Tratamento

Continue a dar leite materno e aumente os líquidos durante o período da doença e aumente a amamentação logo após a doença

Existem estudos que aponta que as doenças diarréicas são uma significativa causa secundária de malnutrição e a continuação da amamentação durante a doença assim como o seu aumento durante a fase de convalescença é importante para reduzir este impacto nutricional (Black et al. 1984; Martorell et al. 1975; Brown et al. 1988,1994; Whitehead 1977). Existem também dados segundo os quais qualquer doença que a criança possa contrair pode reduzir as calorias consumidas o que faz com que ela seja vulnerável à malnutrição logo após cada ataque de doença (Martorell et al. 1980). A continuação da amamentação durante o período em que a criança tiver diarreia encurta a sua duração e reduz os riscos de desidratação e crescimento lento causado pela diarreia (Huffman e Combest 1990).

As crianças não amamentadas são 3 vezes mais propensas à desidratação moderada ou severa em relação às amamentadas em caso de um ataque de diarreia. A amamentação frequente reduz a necessidade de SRO, e fornece um líquido mais facilmente aceite pela criança doente. A continuação da amamentação garante a actividade intestinal das enzimas digestivas durante a doença, promovendo assim a absorção de nutrientes; o que por sua vez, evita deterioração nutricional e possível falta de apetite. Os programas para melhorar a prática de amamentação das educadoras durante e depois da doença necessitam de identificar as crenças e percepções culturais locais que influenciam o comportamento de amamentação e definir objectivos a serem alcançados (Bhuiya e Streatfield 1995; Bentley 1988; Bentley et al. 1991; Bentley 1992).

Misturar e administrar correctamente o SRO ou outro rehidratante caseiro apropriado

Há vários estudos que indicam que os sais de reidratação oral (SRO) e líquidos caseiros feitos na base de cereais são eficientes no tratamento de desidratação em adultos, crianças, bebés, e recém-nascidos (Santosham et al. 1982; Pizarro et al. 1983; Gore et al. 1992; Kassaye et al. 1994; Grange 1994). Existem evidências que indicam que a correcta administração de SRO nos hospitais pode reduzir a mortalidade causada por diarreias até 71 por cento (Heymann et al. 1990). Por outro lado, existem estudos que sugerem que o aumento da disponibilidade de SRO ao nível da comunidade pode reduzir a mortalidade causada por diarreias ao nível familiar (Kumar et al. 1987; Bern et al. 1990; Claeson e Merson 1990; CDC/MMWR 1992).

Apesar do acesso à informação sobre SRO poder ser fácil nas comunidades a dificuldade está em fazer com que os pais e encarregados de educação a administrem de forma apropriada (Reis et al. 1994; Chowdhury et al. 1988). Dado que a percepção sobre e o tratamento de diarreia varia de acordo com as características sócio-culturais da população, é importante desenvolver métodos com vista a mudanças de comportamento em relação ao SRO de acordo com as características locais. O desenvolvimento de uma estratégia para o melhoramento do comportamento em relação ao uso de SRO constitui uma prioridade para a redução da taxa de mortalidade por desidratação induzida pela diarreia.

Em muitos locais os líquidos caseiros de reidratação oral são mais disponíveis e aceites pelas comunidades do que os pacotes de SRO. Nestes casos e para a prevenção de desidratação de crianças com diarreia, os programas devem promover a administração destas soluções caseiras como complemento ao SRO.

Administre o tratamento prescrito de acordo com as instruções (dosagem e duração)

O tratamento básico para as infecções agudas das vias respiratórias inferiores, malária e disenteria em recém-nascidos e crianças é a administração de antimicrobicos apropriados. Para um antimicrobico ser eficiente deve ser activo contra o organismo e deve ser administrado em doses adequadas durante um período de tempo suficiente. A maior parte das pneumonias nos países em desenvolvimento são causadas por bactérias sensíveis aos antibióticos (exemplo, cotrimoxazol, amoxicilina, cloranfenicol). Vários estudos financiados pela OMS (Haryana, Índia; Kediri, Indonésia; Jumla, Nepal; Bohol, Filipinas; e outros) concluíram que, quando administrados correctamente, os antibióticos podem reduzir a mortalidade infantil causada por pneumonia ou doenças a ela relacionadas até 30 por cento em países com alta taxa de mortalidade infantil (Sazawal e Black 1992). Uma terapia adequada com antimicrobicos pode reduzir a mortalidade por disenteria causada por *Shigella*, o maior causador de diarreia sanguinolenta em crianças (Salam e Bennish 1991), e por malária clínica. Por exemplo, um estudo recente nas Filipinas revelou que um tratamento curto, de três dias, com antibióticos da primeira linha (cotrimoxazol) não teve um impacto significativo na mortalidade por pneumonia, o que sugere a necessidade de um tratamento completo de cinco dias. Por esta razão a OMS recomenda que "as mães não fiquem à espera de uma cura imediata após a administração de antimicrobico, devendo regressar à unidade sanitária caso a criança não tenha melhorado ou então tenha piorado" (OMS/IRA 1991). As estratégias para melhorar a receita de antimicrobicos e a sua observância pelos pais e encarregados de educação deve ser considerada cuidadosamente. Os antimicrobicos podem geralmente ser adquiridos aos vendedores de medicamentos, como tal, torna-se necessário o envolvimento destes grupos para o melhoramento e promoção do uso destes medicamentos nas comunidades (Homedes e Ugalde 1993; Bimo et al. 1993; Gutierrez et al. 1994; Calva 1996; Ofori-Adeji e Arhinful 1996). Existem exemplos da utilização de agentes comunitários de

saúde em alguns países para a distribuição ao domicílio de antibióticos apropriados (Ronsmans et al. 1988; Ghebreyesus et al. 1996; Delacollette et al. 1996). Devido ao facto de que as patogenias comuns estarem, nas várias regiões do mundo, a desenvolver resistência ao antibiótico, urge elaborar protocolos de tratamento utilizando dados laboratoriais sobre a resistência devendo os mesmos ser revistos periodicamente.

Práticas de procura de cuidados médico

Deve-se recorrer aos cuidados especializados sempre que se ache que o recém-nascido ou criança esteja doente (por exemplo, quando parece estar incomodada, não esteja a comer ou beber como habitualmente, demonstre apatia, febres altas, dificuldade ou respiração rápida)

Logo que o recém-nascido ou criança fique doente o educador deve tratar a doença adequadamente. Para a maior parte das causas de mortalidade, isto envolve a administração de agentes antimicrobico ou a administração de sais apropriados (SRO ou soluções caseiras), assim como a continuação da amamentação. Na falta de tratamento, a taxa de mortalidade por pneumonia, malária, e disenteria pode ser alta. Por exemplo, dados colhidos em Nepal indicam que uma pneumonia não tratada pode matar dentro do muito curto espaço de tempo, intervalado por 3 -5 dias a partir do aparecimento de sintomas da doença (respiração rápida) e a morte (Pandey et al. 1990). Existem estudos que apontam para intervalos muito mais curtos, especialmente em recém-nascidos. O tratamento eficiente pode ser administrado por vários grupos e indivíduos nas comunidades. Portanto, é importante que estes agentes sejam munidos de conhecimentos sobre o correcto tratamento para recém-nascidos e crianças. O primeiro passo da eficiente provisão de tratamento requer que o educador recorra aos cuidados médicos especializados para crianças. Dados colhidos na Bolívia indicam que uma grande proporção de mães de crianças que morreram não se tinham apercebido que os seus filhos estavam doentes até quando estas já se encontrassem à beira da morte (Aguilar-Liendo et al. 1997). Há evidências de que os pais e encarregados de educação são capazes de facilmente reconhecer sinais simples de doenças como erupções cutâneas (sarampo), e convulsões gerais, em relação aos sintomas mais complexos (Snow et al. 1993). Um número de sinais simples e não específicos (aparência de estar incomodado ou não brincar como habitualmente; não comer ou beber como habitualmente; demasiada apatia; dificuldade em acordar; febres altas; dificuldades ou respiração rápida; vômitos; e convulsões) é considerado como sinais de doenças mais complexas (OMS/IRA 1991; Marsh et al. 1995). É impossível para os pais e encarregados de educação, agentes comunitário de saúde ou outros trabalhadores comunitários diagnosticarem correctamente a maior parte de doenças na comunidade. A maior parte das doenças devem supostamente ser reconhecidas com base em sinais clínicos simples. Os programas comunitários devem enfatizar um melhor reconhecimento de sinais simples e não específicos.

Anexo B: Ficha de trabalho para a priorização do comportamento enfatizado

	Disponibilidade de recursos	Grupos Disponível para abordar comportamento	Viabilidade de mudança de comportamento	Pontuação Total
Classificação	1=menos disponível 15=mais disp.	1=menos dispon. 15= mais dispon.	1=menos viável 15= mais viável	
Comportamento Enfatizado				
Evitar a gravidez precoce, espaçar os nascimentos de crianças e limitar o numero de crianças				
Procurar cuidados pré-natais, pelo menos quatro vezes durante a gravidez.				
Tomar comprimidos de sal ferroso				
Amamentação exclusiva por um período de 4 a 6.				
A partir dos seis meses dar alimentos complementares e continuar a amamentar até aos 24 meses.				
Levar a criança à vacinação contra sarampo ao nono mês.				
Vacinar a criança mesmo que esteja doente.				
Vacinar mulheres grávidas contra tétano.				
Usar e manter redes mosquiteiras pre-tratadas com insecticida				
Lavar as mãos com sabão ou cinza				
Consumir vitamina A				
Consumir sal iodado				
Dar alimentos e aumentar líquidos durante o período de doença da criança.				
Administrar SRO/outros sais caseiros de reidratação				
Administrar correctamente os tratamentos				
Procurar cuidados médicos para a criança doente.				

Anexo C: Escala de análise comportamental

Classifique cada um dos tipos de comportamento segundo os nove critérios seguintes, e adicione para obter a classificação total para cada comportamento. Compare a classificação total de cada comportamento, para determinar o primeiro comportamento a focalizar.

I. O Impacto do Comportamento na Saúde

- 0=Nenhum impacto
- 1=Algum impacto
- 2=Impacto significativo
- 4=Impacto muito significativo
- 5=Elimina o problema de saúde

II. Consequências Positivas do Comportamento

- 0=Nenhuma perceptíveis pelo educador
- 1=Poucas consequências perceptíveis
- 2=Algumas consequências
- 3=Consequências significativas
- 4=Consequências muito significativas
- 5=Consequências perceptíveis mais relevantes

III. Complexidade do Comportamento

- 0=Irrealisticamente complexo
- 1=Envolve um grande número de elementos
- 2=Envolve muitos elementos
- 3=Envolve vários elementos
- 4=Envolve poucos elementos
- 5=Envolve um elemento

IV. Frequência do Comportamento

- 0=Só pode produzir resultados ocorrendo a uma elevada taxa irrealística de frequência
- 1=Deve ocorrer de hora em hora
- 2=Deve ocorrer várias vezes ao dia
- 3=Deve ocorrer diariamente
- 4=Deve ocorrer ocasionalmente
- 5=Deve ocorrer ocasionalmente mas com valor significado

V. Custo de Implementação do Comportamento

- 0=Requer recursos não disponíveis e exige um esforço irrealista
- 1=Requer recursos e esforços muito significativos
- 2=Requer recursos e esforços significativos

- 3=Requer alguns recursos e esforços
- 4=Requer poucos recursos e esforços
- 5=Requer apenas recursos existentes

VI. Compatibilidade com Práticas Correntes

- 0=Totalmente incompatível
- 1=Incompatibilidade muito significativa
- 2=Significativamente incompatível
- 3=Alguma incompatibilidade
- 4=Pouca incompatibilidade
- 5=Prática generalizada

VII. Persistência

- 0=Requer cumprimento por um período de tempo irrealisticamente longo
- 1=Requer cumprimento por um substancial período de tempo
- 2=Requer cumprimento por uma ou mais semanas
- 3=Requer cumprimento por vários dias
- 4=Requer cumprimento por um dia
- 5=Requer cumprimento num curto espaço de tempo

VIII. Observabilidade

- 0=Não pode ser observado por outros
- 1=Observação muito difícil
- 2=Observação difícil
- 3=Observável
- 4=Facilmente observável
- 5=Infalivelmente observável

IX. Semelhança Comparável

- 0=Nada se assemelha às práticas correntes
- 1=Prática corrente com ligeira semelhança
- 2=Prática corrente algo semelhante
- 3=Prática corrente semelhante
- 4=Várias práticas correntes semelhantes
- 5=Várias práticas correntes muito semelhantes

